



# ATESTADO MÉDICO

Atesto para os fins que se fizerem necessários,

que o (a) Sr. (a) Wagner José A. da Silva foi examinado

(a) nesta Unidade de Saúde às \_\_\_\_\_ horas,

Necessitando de 90 (noventa) dias de

afastamento do trabalho por motivo de moléstia classificada no C.I.D. com

nº 5822, a partir da presente data.

Parnamirim/RN 13/09/20

\_\_\_\_\_  
Médico / CRM

*[Handwritten signature and two official stamps]*



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE

Secretaria de Estado da Saúde Pública  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho

RECEITUÁRIO

NOME

PRESTADO MANO  
Preste o Sr. Cosmo José  
Almeida Silva foi feito o  
Exame da rima direita e  
deve permanecer internado no  
internato por 90 dias.

1.4 24/08/2020

CID: 582.3

  
Dr. Gentil Fernandes de A. Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN 5617

DATA

ASSINATURA

SE FOR DIRIGIR NÃO BEBA.  
FUMAR É PREJUDICIAL À SAÚDE.

RESPEITE O PEDESTRE.

PLUTE SEMPRE COM CAPACETES.  
COMBATA O MOSQUITO DA DENGUE, EVITE ÁGUA PARADA.

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



BOLETIM DE ATENDIMENTO Nº 34053 /2020  
Admissão: 10/08/2020 08:41:18

CIRURGIA GERAL - VERDE

Paciente: 181805 - COSMO JOSE ALVES DA SILVA (45 a 7 m 29 d)  
Nascimento: 12/12/1974 Natural: ITAMBE BRASIL Sexo: M Cor: PARDA  
CNS: 700006605357706 CPF: 98333917453 Prof:  
Mãe: MARIA JOSE ALVES DA SILVA Pai: JOSE RAIMUNDO DA SILVA  
Logradouro: ISRAEL, 0 Cidade: TOUROS  
CEP: 59584000 Bairro: TOUROS  
Telefone: 84 994971958 Compl:

Motivo: ACIDENTE DE TRANSITO - MOTO  
Origem: AMBUL. SAMU RN

Tipo: REFERENCIADO  
\*Empresa:

Fluxograma:

Discriminador:

OBS:

Classificação: 10/08/2020 08:38:24

HORA	P.A.	HGT	SatO2	FiO2	F.R.	F.C.	TEMP.	Glasgow	RTS
	110x70		97%		20	92		15	

HISTÓRIA - CAUSA EFICIENTE DA LESÃO ALEGADA

Queixas: acidente de moto + fratura exposta em mid

Hora:

Acidente de trânsito de moto WST-2h. de esp. de zua  
perda de consciência, nariz, olhos. Neq. por fover ou  
dolor. Orçom de dor em MID.

EXAME FÍSICO (PRIMÁRIO)

- A Vis sem fuma At Coln 9 e uncolgir
- B MUCO Sntes SPA fôro expul mltos.
- C fôr at SWP S.
- D deper 15
- E Depimlode au MID.

OUTRAS OBSERVAÇÕES:

Anal. fôro floudo defant mltos  
fuma Sntes

\*Saída: -

DIAGNÓSTICO INICIAL - CID

RAIOS-X  
Realizado em: 10/08/2020 Borel  
Técnico: HERBERT

A  
 B  
 C  
 D  
 E

A(ALÉRGICAS)  
 M(MEDICAÇÃO EM USO)  
 P(PATOLOGIAS E CIRURGIAS PRÉVIAS)  
 L(LIQ. E ALIMENTOS INGERIDOS)  
 A(AMBIENTE E EVENTOS DO TRAUMA)  
 V (PASSADO VACINAL)

EXAMES COMPLEMENTARES(RADIOLOGIA E IMAGEM)  
 Rx de fêmur @ AP / VAP  
 Dr. Genílzio Marinho  
 Cirurgião Geral  
 CRM-RN 7331

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS  
 OUTROS

CONDUTA PRIMARIA/MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS  
 VAF  
 - Fenacetina 400 mg + Par + Bup 100 mg EV  
 - Dipirona 500 mg + Par + Bup 100 mg EV  
 - Af em sim

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM  
 08:45 W

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ASSINATURA E CARIMBO DO RESPONSÁVEL

ENCAMINHAMENTO DO PACIENTE

ESPECIALISTA 1	Dr. Genílzio Marinho Cirurgião Geral CRM-RN 7331	HORA:	DATA: 10/10/2020
ESPECIALISTA 2		HORA:	DATA:
ESPECIALISTA 3		HORA:	DATA:

DESTINO DO PACIENTE:

INTERNAÇÃO NA CLÍNICA: DATA / / HORA  
 SAÍDA: ( ) DECISÃO MÉDICA ( ) REVELIA ( ) TRANSFERIDO PARA:  
 ÓBITO: DATA / / HORA  
 ENTREGUE À FAMÍLIA ( ) COM ATESTADO ( ) S.V.O ( ) I.T.E.P

ANAMNESE

EXAME FÍSICO

IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA

EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\*

LABORATÓRIO

OUTROS

CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo do Responsável

Assinatura e Carimbo do Responsável

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

ortop

DATA: 01/08/2023

HORA: 09h

SÁIDA:

DATA:

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

OBJETO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

ITEP

Médico (Carimbo)

*[Handwritten Signature]*

Dr. Rodrigo Cabral  
Ortopedista  
CRM: 6046  
SBOT: 14.525

Destacar nessa linha e entregar ao paciente após a sua lib

DESTINO DO PACIENTE:

Nº do Boletim de Atendimento:

INTERNAMENTO NA CLÍNICA:

DATA: / /

HORA:

SÁIDA:

DATA: / /

HORA:

Decisão Médica

À Revelia

Transferido para:

OBJETO:

DATA: / /

HORA:

Entregue à família

com Atestado

S.V.O.

ITEP

ALGORITMO DE SUPORTE BÁSICO DE VIDA: 1-AVALIE A RESPOSTA DA VÍTIMA 2- PEÇA AJUDA A OUTRA PESSOA (LIGUE 192 QUANDO ESTIVER FORA DE HOSPITAL); E PEÇA UM DESFIBRILADOR (DEA), 3-ABRUA VIA AEREA, 4-AVALIE RESPIRAÇÃO (VER, OUVIR, SENTIR), 5-SE APNEIA, APLIQUE 2 VENTILACOES DE RESGATE (DISPOSITIVO BOLSA, VALVA, MASCAFA), 6-AVALIE PULSO CAROTÍDEO, OU FEMURAL (BOLSO JAL EM LACTENTE), 7-SE PULSO AUSENTE, INICIE COMPRESSOES TORACICAS, 10MIN (PROPORÇÃO 30:2) ATÉ A CHEGADA DO DEB, 8-DEJA DISPONIVEL: ANÁLISE O RITMO, 9-RITMO CHOCAVEL: APLIQUE 1 CHOQUE 360 (800 PJ DA BRASCO), E RENICIE RCP, 10-BITIMO NAO CHOCAVEL, RENICIE RCP (30:2), 11-AVALIE O RITMO A CADA 5 CICLOS, 12-PARE RCP QUANDO O EQUIPE DE SUPORTE AVANÇADA ASSUMIR, OU CASO A VITIMA SE MOVIMENTE EM POSIÇÃO DE RESUSCITAÇÃO.

Ortopedia

**ATENDIMENTO ESPECIALIZADO 1:**

**ANAMNESE**  
 Paciente teve acidente de moto  
 e trauma em pé D.  
 vem a pedre segundas o

**EXAME FÍSICO**  
 Pé D. exposto

**IMPRESSÃO DIAGNÓSTICA**

**EXAMES COMPLEMENTARES: (RADIOLOGIA E IMAGEM)\*\*\*\***

**LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS**

**OUTROS**

**CONDUTA PRIMÁRIA: (MEDICAÇÕES E PROCEDIMENTOS)**  
 1) apofiteu 2g, 5v  
 2) ao C.C.

Dr. Rodrigo Cabral  
 ortopedista  
 CRM: 87116  
 SBOT: 14.525

**ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM**

Assinatura e Carimbo do Responsável

ORIENTAÇÃO TEÓRICA

ELEMENTOS DA ESCALA DE COMA GLASGOW	
<b>Abertura Ocular (AO)</b>	
Oftos se abrem espontaneamente.	4
Oftos se abrem ao comando verbal. (Não confundir com o despertar de uma pessoa adormecida, se assist for surdo 4, se não 3)	3
Oftos se abrem por estímulo doloroso	2
Oftos não se abrem.	1
<b>Melhor resposta verbal (MRV)</b>	
Orientado (Responde adequadamente e apropriadamente às perguntas sobre seu nome, idade, endereço, está, o tempo, o dia e etc.)	5
Confuso (Responde às perguntas corretamente, mas há alguma desorientação e confusão)	4
Palavras inapropriadas (Fala aleatória, mas sem troca conversacional.)	3
Burros ininteligíveis. (Demanda com articulações palavras.)	2
Assombrado.	1
<b>Melhor resposta motora (MRM)</b>	
Obedece a ordens verbais. (Faz ações simples quando lhe é ordenado.)	6
Localiza estímulo doloroso.	5
Resposta inapropiada a dor.	4
<b>Padrão flexão à dor (Desorientação).</b>	
Padrão flexão à dor (Desorientação).	3
Padrão extensão à dor (Desorientação).	2
Padrão extensão à dor (Desorientação).	1

"ESCALA DE TRIAGEM DO TRAUMA REVISADA - RTS	
<b>DISCRIMINADOR</b>	<b>PONTUAÇÃO</b>
<b>ESCALA DE COMA DE GLASGOW</b>	13-15 = 4
	9-12 = 3
	6-8 = 2
	4-5 = 1
<b>FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA</b>	10-20 = 4
	>20 = 3
	6-20 = 2
	1-5 = 1
<b>PRESSÃO ARTERIAL SISTÓLICA</b>	90 = 4
	>90 = 3
	50-90 = 2
	1-50 = 1
	0 = 0

"Escala de Trauma Revisada (RTS): Bom índice de sobrevivência para pacientes de trauma fechado. Referência: Adaptado de Champion HL, Sacco WJ, Copers, et al; A revision of the Trauma score, J Trauma 29(5) 624, 1989.

**CLASSIFICAÇÃO DO TCE, (ATLS 2005)**

03 - Grave (necessidade de intubação imediata);  
 04 - Moderado;  
 14-15 leve

\* Referência: TEASDALE G., JENNET, B. Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 1974;2:81-84

"A escala proposta aplica-se a doentes conscientes e a doentes com idade superior a 3 anos. Na Escala de Coma aplica-se ao doente que classifique a lateralidade da sua de acordo com os seguintes critérios:

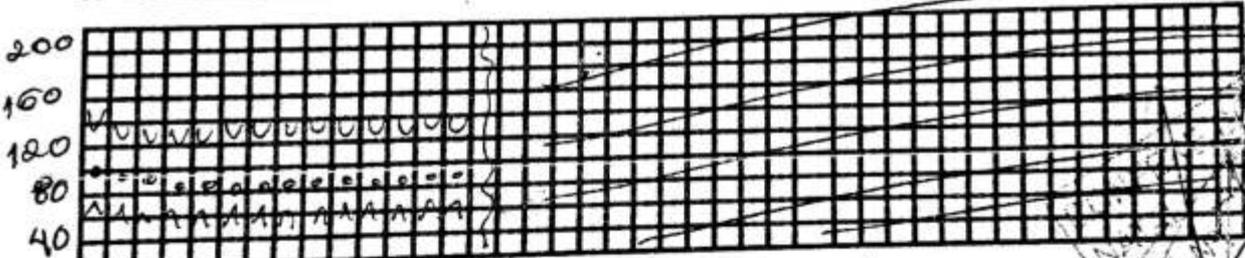
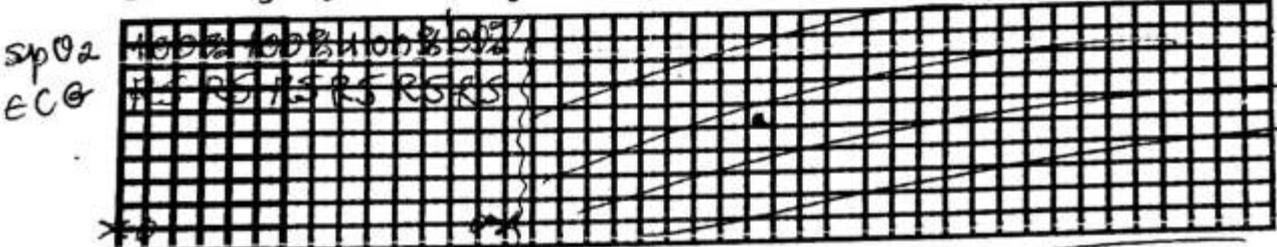
SEM DOR	LEVE	Moderada	Intensa
0	1	2	3



FICHA DE ANESTESIA

Paciente: Cesmo José Alves da Silva. ASA: II  
Idade: 45a. Sexo: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_  
Diagnóstico: Fratura exposta de tíbia e fibula D. Data: 10/08/2020  
Cirurgia Realizada: Tto cirúrgico de fratura exposta de tíbia e fibula D.  
Cirurgião: Dr. Gentil Auxiliar: \_\_\_\_\_  
Anestesiologista: Dra. Sarah + Dr. Vithor R2 Enfermagem: Emmanuel/Valéria.  
História Clínica Admissional: paciente com HAS, negando demais comorbidades e alergias. Jejum > 8h.

Técnica Anestésica: ① Avaliação pré-anestésica ② Monitorização ③ Venoclise pré-cia MSD; ④ Anti-sepsia e assepsia M/E; ⑤ Bloqueio peridural direito; ⑥ Sentado; anti-sepsia O2; ⑦ PM L3-L4 quincke 276 c/retorno LCR claro; ⑧ O2H; ⑨ Sedação; ⑩ Proteção de plecos; ⑪ vent. espontânea.



Início: 10:40

Término: 11:50

- Anestésicos Utilizados:
1. Ropivacaína 75mg, infiltrado;
  3. Fentamil 20mg, SA.
  5. Dipirona 2g, EV
  7. Dexametasona 10mg, EV
  9. SFO, 9% 1000ml, EV.
  11. \_\_\_\_\_
  13. \_\_\_\_\_

2. Bupivacaína peridural 10mg, SA.
4. Cefazolina 2g, EV
6. Midazolam 2mg, EV
8. Tenoxicam 40mg, EV.
10. \_\_\_\_\_
12. \_\_\_\_\_
14. \_\_\_\_\_

Encaminhamento: a SRPA, consciente, respirando em ar ambiente.

Assinatura do Anestesiologista - CRM 5738. + R2 8867

FIA / BAA: 7647 / 2020

Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA

Convênio: SUS

Categoria: GRATUITO

Unidade: 4 ANDAR

Quarto / Leito: 2 / 408

Tipo de Cirurgia: 2

Prontuário: 1199548

Data Agendamento: 17/08/2020 21:45

Cirurgia: FASCIOTOMIA DE MEMBROS INFERIORES

Data Realização: 17/08/2020 19:50

Potencial de Contaminação:

Cirurgião: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Anestesiista: LEANDRO GOMES DE OLIVEIRA

Tipo Anestesia: RAQUE

Instrumentador: ANA CLAUDIA - Hospital

Equipe:

Data do Relatório: 17/08/2020 20:36

Profissional: GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Relato da Cirurgia: PACIENTE EM DECUBITO DORSAL SOB ANESTESIA  
REALIZADO DEGERMAÇÃO E ANTISEPSIA  
CAMPOS  
DEBRIDAMENTO E SUTURA PARA FECHAR FASCIOTOMIA

RM: 5647 - GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

Dr. Gentil Fernandes de Araújo Filho  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/SP 5647

0408050500(4)582.2(846,36)  
R02 + TR = 0702030406  
0415040027(3) ~~R10~~ (521,77)



Sistema Ministério  
Único de da  
Saúde Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
Identificação do Estabelecimento de Saúde

0- DATA 1- ESTABELECIMENTO SOLICITANTE 2- CNES  
06/09/2020 HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA 3515168  
3- ESTABELECIMENTO EXECUTANTE 4- CNES  
HOSPITAL DEOCLECIO MARQUES DE LUCENA 3515168

Identificação do Paciente

5- PACIENTE 6- NUMERO DO PRONTUÁRIO  
COSMO JOSE ALVES DA SILVA 170190  
7- CARTAO NACIONAL/SUS CPF 8- DATA DE NASCIMENTO 9- SEXO 10- RAÇA/COR  
700 0066 0535 7706 983 339 174 54 12/12/1974 MASCULINO PARDA  
11- NOME DA MAE 12- TELEFONE DE CONTATO  
MARIA JOSE ALVES DA SILVA 994971958  
13- NOME DO RESPONSÁVEL 14- TELEFONE DE CONTATO  
IVANILDA RODRIGUES ALVES DA SILVA  
15- ENDEREÇO (RUA, Nº)  
PO VILA ISRAEL, 9422  
16- MUNICÍPIO 17- BAIRRO 18- UF 19- CEP  
TOUROS ZONA RURAL RN 59584 000

Justificativa de Internação

20- PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS

Fratura segmentar de fêmur (D)

21- CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Necessidade de tratamento cirúrgico

22- PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNOSTICAS (RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS)

Artrorres + r. fêmur + exames imagem

23- DIAGNOSTICO INICIAL 24- CID 10 PRINCIPAL 25- CID 10 SECUND. 26- CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

Fratura segmentar fêmur

Procedimento Solicitado

27- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

29- CLÍNICA 30- CARÁTER DA INTERNAÇÃO 31- DOCUMENTO 32- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

33- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 34- DATA DA SOLICITAÇÃO 35- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Preencher em caso de causas externas (acidentes ou violência)

36- ( ) AC. TRÂNSITO 37- ( ) AC. TRABALHO TÍPICO 38- ( ) ACI. TRABALHO TRAJETO  
39- CNPJ DA SEGURADORA 40- Nº DO BILHETE 41- SERIE  
42- CNPJ DA EMPRESA 43- CNAE DA EMPRESA 44- CBOR

45- VINCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NAO SEGURADO

Autorização

46- NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 47- COD. ORGAO EMISSOR 52- Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48- DOCUMENTO 49- Nº DOCUMENTO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE  
( ) CNS ( ) CPF

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO 51- ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

HRDML / SESAP  
CONFERIR O ORIGINAL  
Parnamirim, 18/09/20  
Mat. 9547

28- Assinado por  
Marcelo Glauber Pereira  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia de Coluna Vertebral  
CRM nº 6236 - 120 / 4667



PRONTUÁRIO DE INTERNAÇÃO

CLINICA  
ORTOPEDIA

REGULAÇÃO  
WALFREDO GURGEL

OBS

ENFERMARIA Nº	LEITO	PRONTUÁRIO
		170190
CATEGORIA	GIH	DATA
		06/09/2020
PACIENTE		HORA
COSMO JOSE ALVES DA SILVA		14:20
		DATA DE NASCIMENTO
		12/12/1974
ESTADO CIVIL		PROFISSAO
CASADO		AGRICULTOR
ENDEREÇO (RUA, Nº)		
PO VILA ISRAEL,9422		
MUNICIPIO	BAIRRO	UF
TOUROS	ZONA RURAL	RN
		CEP
		59584 000
LOCAL DE TRABALHO		TELEFONE
FILIAÇÃO		
MARIA JOSE ALVES DA SILVA	JOSE RAIMUNDO DE SILVA	
RESPONSÁVEL		TELEFONE
IVANILDA RODRIGUES ALVES DA SILVA		994971958
CPF		
983 339 174 54		

DIAGNOSTICO PROVISORIO

DIAGNOSTICO DEFINITIVO

DATA DE ADMISSAO

06/09/20

ALTA

23/09/20

OBITO

HISTORIA CLINICA

HRDML / SESAP  
CONFERI C/ O ORIGINAL  
Paranámirim, RN. 08/09/2020  
Mat. 98728





Hospital

Nome do paciente		Nº prontuário	
Data operação	Enf.	Leito	
Operador	COSMO JOSÉ ALVES DA SILVA		1º auxiliar
2º auxiliar	11/09/2020	3º auxiliar	Instrumentador
Anestesiista	DR. FREDERICO LIMA		DR. FELIPE WAGNER
Diagnóstico pré-operatório			
Tipo de operação			
FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA			
Diagnóstico pós operatório			
OSTEOSSINTESE DE FRATURA DIAFISARIA DE TIBIA DIREITA			
Relatório imediato do patologista			
Exame radiológico no ato			
Acidente durante a operação			
NOTA OPERATORIA			<input type="checkbox"/> CIRURGIAS MÚLTIPLAS (0415010012) <input type="checkbox"/> POLITRAUMATIZADO (0415030013) <input type="checkbox"/> PROC. CLÍNICO <input checked="" type="checkbox"/> PROC. CIRÚRGICO 0408050300 <input type="checkbox"/> CBO 225225 <input checked="" type="checkbox"/> CBO 225270 <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> CID 5-822

DESCRIZAÇÃO DA OPERAÇÃO

Via de acesso - tática e técnica - ligaduras - drenagem - sutura - material empregado - aspecto - vísceras

1. PACIENTE EM DECÚBITO DORSAL APOS RAQUI-ANESTESIA
2. APOSIÇÃO DE GARROTE EM MID
3. ASSEPSIA, ANTISSEPSIA E COLOCAÇÃO DE CAMPOS ESTÉREIS
4. INCISÃO EM TERÇO MÉDIO E DISTAL DE PERNA DIREITA (VIA DE ACESSO ANTEROLATERAL)+ DIVULSÃO POR PLANOS.
5. REDUÇÃO INCRENTA DA FRATURA
6. FIXAÇÃO TIPO PONTE COM PLACA DCP 4,5 MM 16 FUROS; 09 PARAFUSOS CORTICAIS 4,5MM – ( 02 – 32 MM; 03 – 28MM; 01 – 34MM; 03-30MM
7. )
8. ESTABILIDADE OK + CONTROLE RADIOGRÁFICO OK
9. RETIRADA DE GARROTE
10. SUTURA POR PLANOS COM REVISÃO DE HEMOSTASIA
11. CURATIVO ESTÉRIL ✓
12. BOA PERFUSÃO DOS MMII + PULSOS DISTAIS PRESERVADOS
13. ATO SEM INTERCORRÊNCIAS CIRURGICAS
14. À RPA + RX CONTROLE

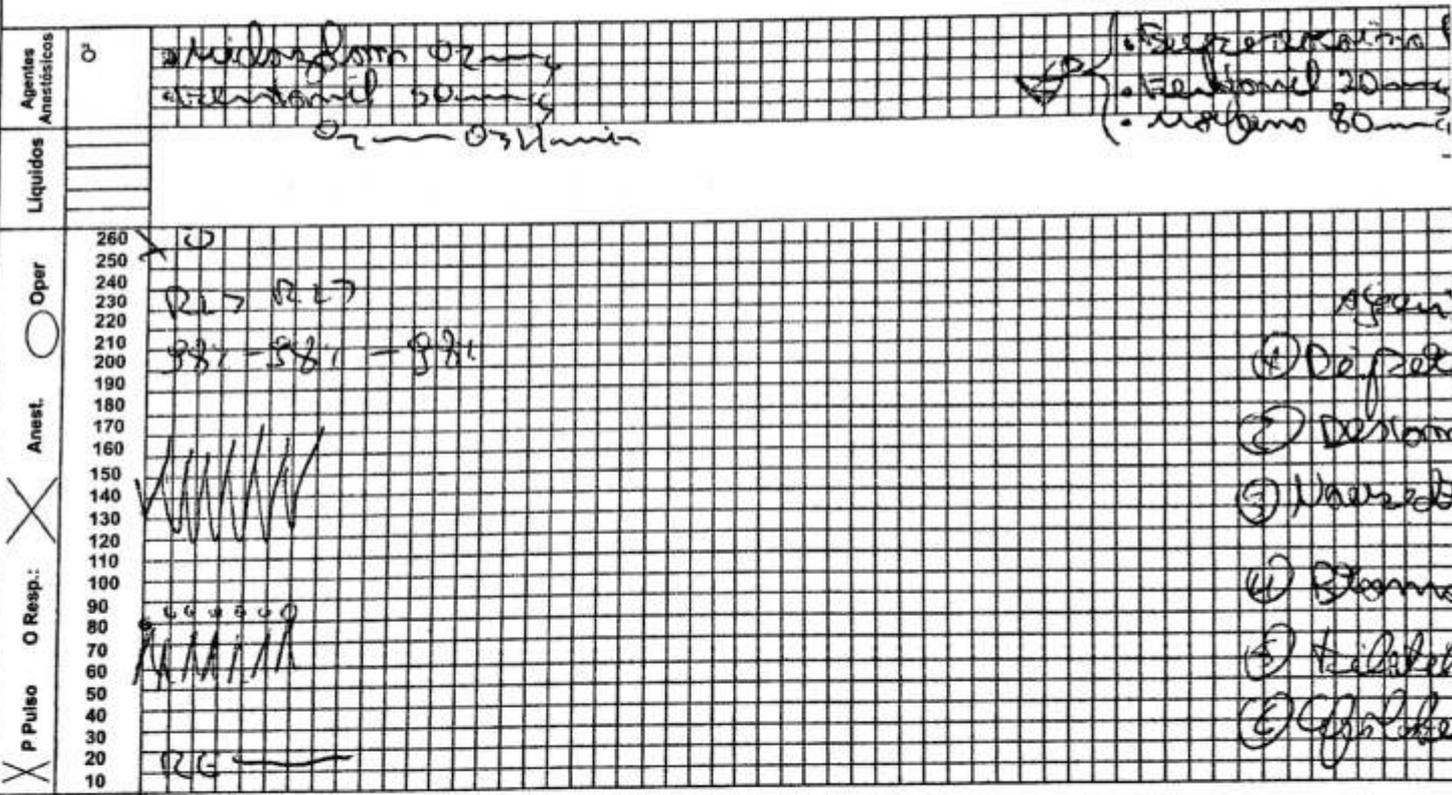
Frederico de O. Lima  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM-RN 7514

Dr. Felipe Wagner Seabra  
 Ortopedia e Traumatologia  
 CRM/RN 8937 RQE 3956

HRDML / SESAP  
 CONFÉRICIA ORIGINAL  
 Paranaíba - RN, 16/09/20  
 10/09/20  
 964

# Serviço de Anestesiologista e Gasoterapia

Hospital <b>HDM</b>				Enfermaria	Leito	Nº prontuário	
Nome					Idade	Sexo <b>M</b>	Cor <b>B</b>
Data <b>1/08/2020</b>	Pressão arterial <b>130x60mmHg</b>	Pulso <b>80 bpm</b>	Respiração	Temperatura	Peso	Outros	
Tipo sanguíneo	Hemáticas	Hemoglobina	Hematócrito	Glicemia	Uréia		
	Urina						
Ap. respiratório <b>S/alter.</b>					Asma	Bronquite	
Ap. circulatório <b>S/alter.</b>					Eletrocardiograma		
Ap. digestivo			Dentes	Pescoço	Ap. urinário		
Estado mental <b>LOTO, Vigil</b>			Atarácicos	Corticóides	Alergia <b>Não</b>	Hipotensores	
Diagnóstico pré-operatório <b>Fx. tornozelo (D)</b>					Estado físico <b>ASA I</b>	Risco	
Anestesias anteriores							
Medicação pré-anestésica				Aplicada às	Efeito		



**SIMBOLOS**

**E**

**ANOTAÇÕES**

**POSIÇÃO**

**Agentes**

**Técnica** **ATA: BSA (PML) L<sub>1</sub>L<sub>2</sub> C1A<sub>2</sub> 27Ga<sub>2</sub> Legeles (D), Limpela**

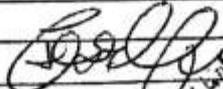
**Operação** **FF cirurgia de fx de tornozelo (D)**

**Cirurgiões**

**Anestésistas** **Igori Rezende**

**Observações**

**Perda sanguínea**

  
 Médico Anestesiologista  
 CRM: 60000



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
Secretaria de Estado do Rio Grande do Norte  
Hospital Monsenhor Walfredo Gurgel  
Pronto Socorro Clóvis Sarinho  
ENCAMINHAMENTO

ENCAMINHAMENTO

408.

PACIENTE OSMUN JOSE PLUES DA SILVA. SENHA \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO # TIBIA  
SETOR DE ORIGEM PSCS - NAMUG.  
AUDITOR AUTORIZADOR \_\_\_\_\_  
DESTINO HDM.  
DATA 06.09.20

RECEPÇÃO NO HOSPITAL DE DESTINO ( ) ACEITA ( ) RECUSADA

MOTIVO

Núcleo Interno de Regulação

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Missão: Oferecer, no âmbito hospitalar, assistência à saúde para crianças e adultos em situação de emergências clínicas, cirúrgicas, agravos de causas externas, em especial o trauma, de acordo com as melhores práticas clínicas e contribuir para o ensino e a pesquisa em saúde à luz dos valores éticos e humanitários.



NIR HMWG <nirhmgw.bu1@gmail.com>

---

## VAGA DEOCLECIO 05/09/2020

---

Ortopedia <ortopediasesaprn@gmail.com>  
Para: NIR HMWG <nirhmgw.bu1@gmail.com>

5 de setembro de 2020 11:05

Bom dia!

Disponibilizamos 01 vaga masculina para o HDML.

O paciente deve ser transferido amanhã pela manhã.

Aguardamos nome.

Obrigada!

—  
Atenciosamente,  
**Núcleo Estadual de Ortopedia - NEO**  
**Central Metropolitana de Regulação/CER/SESAP**  
Fone: 3209-5330 / 98132-6526

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

Solicitante: HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

Executante: O solicitante ou

000.341559374

CNES: 2653923

CNES:

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**Nome: **181805 COSMO JOSE ALVES DA SILVA - 46**

Prontuário: 1199548

CNS: 700006605357706

Nascimento: 12/12/1974

Sexo: Masculino

Cor: PARDA

Mãe: MARIA JOSE ALVES DA SILVA

Pai: JOSE RAIMUNDO DA SILVA

Endereço: VILA ISRAEL, 0 - TOUROS - TOUROS

Fone: 994971958 /

Município: TOUROS

Código Municipal IBGE:

241440 UF: RN

CEP: 59584-000

Clínica de Acompanhamento: ORTOPEdia Laudo Nº 32291 / 2020

**JUSTIFICATIVA DE INTERNAÇÃO**

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLINICOS:

fratura segmentar da tibia direita

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO:

procedimento cirurgico

RESULTADOS DOS EXAMES REALIZADOS:

hc e rx

Diagnostico Principal e Procedimento Solicitado:

S82.2 FRATURA DA DIÁFISE DA TÍBIA\*408050500. TRATAMENTO CIRURGICO DE FRATURA DA DIAFISE DA TIBIA

**Indica de regulação ortopédica externa após tratamento inicial?** SIM - FRATURA DA DIAFISE, FX;2

Informações importantes sobre as condições do paciente:

 Diabetes Hipertensão Obesidade Faz Antibioticoterapia Lesão por pressão  Usa Fixador Externo

Profissional Solicitante / Assistente:

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO

CRM: 5647 / RN

Data da Solicitação 02/09

**PREENCHER EM CASOS DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)** Acidente de Trabalho

CNPJ da Seguradora: \_\_\_\_\_

Nº do bilhete: \_\_\_\_\_ Série: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho Típico

CNPJ da Empresa: \_\_\_\_\_

CNAE da Emp.: \_\_\_\_\_ CBC: \_\_\_\_\_

 Acidente de Trabalho TrajetoVínculo com previdência:  Empregado  Empregador  Autônomo  Desempregado  Aposentado  Não**AUTORIZAÇÃO**

Profissional Autorizador: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_

Número da Autorização: \_\_\_\_\_

Data da Autorização: / /

Assinatura/Carimbo: \_\_\_\_\_

---

<b>FIA:</b> 7647/2020	<b>Paciente:</b> COSMO JOSE ALVES DA SILVA	
<b>Nascimento:</b> 12/12/1974	<b>Nome da Mãe:</b> MARIA JOSE ALVES DA SILVA	
<b>Convênio:</b> SUS	<b>Categoria:</b> GRATUITO	<b>Previsão de Alta:</b>

---

<b>Data da internação:</b> 10/08/2020 21:23	<b>4 ANDAR</b>	<b>Quarto/Leito:</b> 2 - 408
---	----------------	------------------------------

<b>Data da evolução:</b> 05/09/2020 08:24	<b>Usuário:</b> GENTIL
---	------------------------

**Evolução:** **Idade na data:** 45 anos 8 meses 24 dias

paciente com fratura segmentar da tibia direita, ferida bem cicatrizada, sem sinais de infecção, sem comorbidades ou outras queixas, paciente retirou fixador dia 31/08/2020 estando apto ao tto definitivo

---

---

GENTIL FERNANDES DE ARAÚJO FILHO  
CRM 5647 / RN

---

D



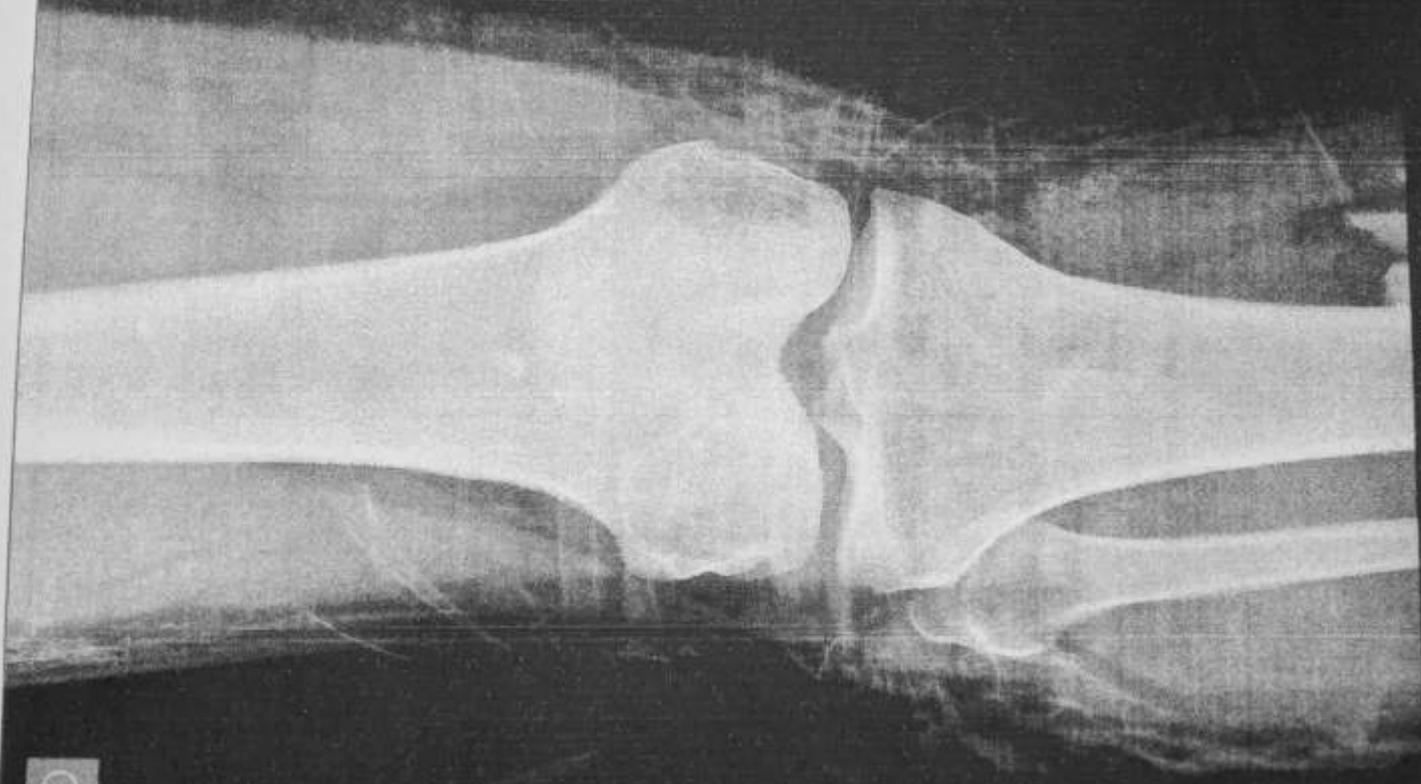
PERNA  
Id. Paciente: 34053  
Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

64.4 %

PERNA  
Técnico: HERBERT/FCM  
Idade: 45 ano(s)

67.6 %

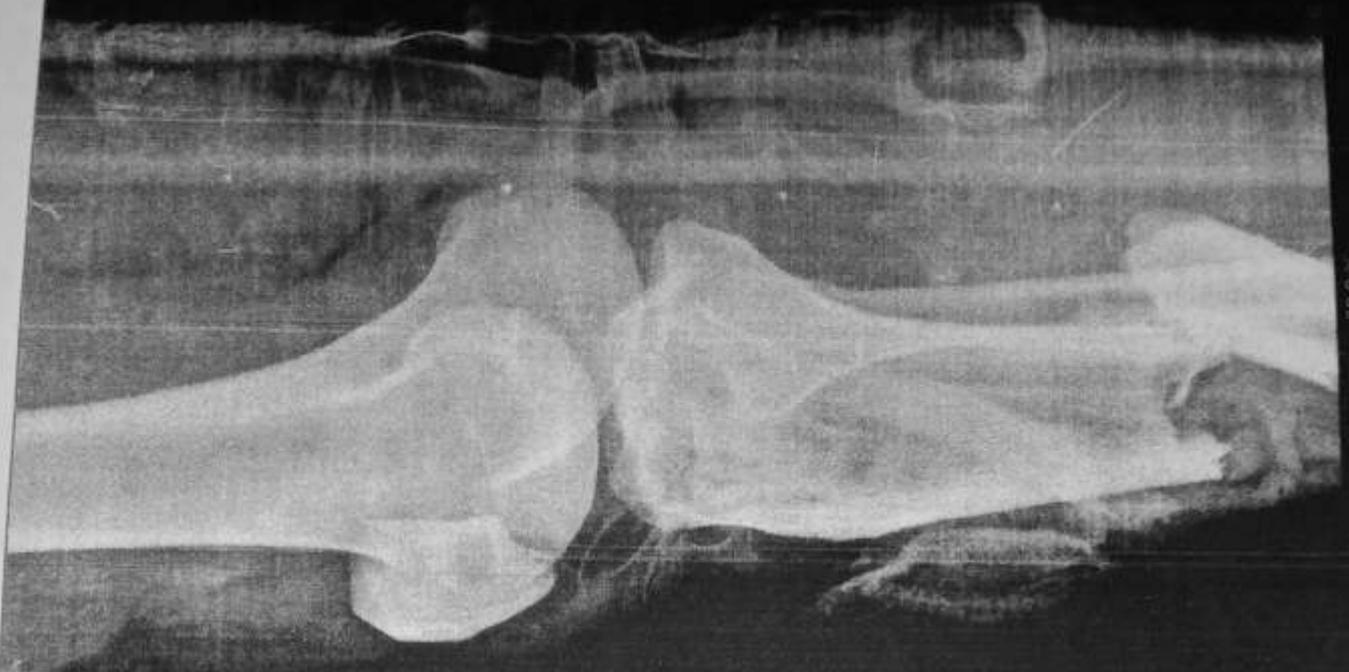
D



50.9%

Id. Paciente: 34053  
Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA

JOELHO



58.9%

Tecnico: HERBERT/FCM  
Idade: 45 anos(s)

JOELHO

D



PERNA 49.7 %  
Id. Paciente: 47647/2020 Data Exame: 10/08/2020 15:45:24  
Paciente: COSMO JOSE ALVES DA SILVA  
HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL

PERNA 53.7 %  
Técnico: PAULA  
Idade: 45 ano(s)



Secretaria de Saúde Pública  
Hospital Deoclécio M. Lucena

RECEITUÁRIO MÉDICO

Cosmo J. A. de Silva

Soluto

FINISTERRA (20 Selas)

Ter. Co. FX (Primo)

Ramon Marcelo M. Teixeira  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/RN - 5148

23/10/2022



DATA: 20100202 14:09:23  
F0000000  
AVES 211 VA  
02 8 20

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

RIO GRANDE DO NORTE

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA E DEFESA SOCIAL  
INSTITUTO TÉCNICO CIENTÍFICO DE POLÍCIA  
COORDENADORIA DE IDENTIFICAÇÃO



POI EGAR DIREITO



*Mareilma de Oliveira Leidezo Silva*

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
GERAL 002.076.933

DATA DE  
EXPIRAÇÃO 12/07/2013

NOME  
MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

FILIAÇÃO  
JOSE CARDOSO SOBRINHO  
TEREZINHA DE OLIVEIRA CARDOSO

NATURALIDADE  
NATAL - RN

DATA DE NASCIMENTO  
09/02/1984

DIG. ORDEM  
CERT. DE CASAMENTO L-8001 F-214 RG-000423  
TOUROS RN-CARTORIO UNICO CARTORIO

CPF 052.602.444-51 PIS 12803114641 2a. VIA

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

NAZARENO DE DEUS SILVA COSTA  
DIRETOR GERAL

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO  
SERIAL 3.742.163 DATA DE  
EXPIRAÇÃO 16/03/2009

NOME COSMO JOSÉ ALVES DA SILVA

PAIS  
FILHO JOSÉ RAIMUNDO DA SILVA  
MÁRIA JOSÉ ALVES DA SILVA

NACIONALIDADE DATA DE NASCIMENTO  
ITAMBE-PE 12/12/1974

LOCAL DE EMISSÃO CASAM N.10063 FLS.164 LIV.834

CARTORIO SAO LEI  
983.339.174-53

Sub-Assessor de  
[Signature]

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA  
DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO



CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO - ELETRÔNICO

CÓDIGO RENAVALM  
00865852243

PLACA  
MOP3949

EXERCÍCIO  
2020

ANO FABRICAÇÃO  
2005

ANO MODELO  
2005



Valide este QRCode com app Vio

ESPÉCIE / TIPO  
PASSAGEIRO MOTOCICLETA

MARCA / MODELO / VERSÃO  
HONDA/NXR125 BROS ES

PLACA ANTERIOR / UF  
MOP3949/PB

CHASSI

9C2JD20205R038500

COR PREDOMINANTE  
VERMELHA

COMBUSTÍVEL

GASOLINA

CATEGORIA  
PARTICULAR

CAPACIDADE  
\*.\*

POTÊNCIA/CILINDRADA  
0CV/124

PESO BRUTO TOTAL  
0.0

MOTOR  
JC30E95038500

CMT  
\*.\*

EIXOS  
\*

LOTAÇÃO  
02P

CARROCERIA  
NÃO APLICAVEL

NOME  
COSMO JOSE ALVES DA SILVA

CPF / CNPJ  
983.339.174-53

LOCAL  
TOUROS RN

DATA  
25/08/2020

ASSINADO DIGITALMENTE PELO DETRAN

DADOS DO SEGURO DPVAT

CAT. TARIF *	DATA DE QUITAÇÃO *	PAGAMENTO <input type="checkbox"/> COTA ÚNICA <input type="checkbox"/> PARCELADO	
REPASSO OBRIGATÓRIO AO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE (R\$) *	CUSTO DO BILHETE (R\$) *	CUSTO EFETIVO DO SEGURO (R\$) *	
REPASSO OBRIGATÓRIO AO DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO (R\$) *	VALOR DO IOF (R\$) *	VALOR TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$) *	

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339472/20

**Vítima:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF:** 983.339.174-53

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/08/2020

**Titular do CPF:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA : 052.602.444-51

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### COSMO JOSE ALVES DA SILVA : 983.339.174-53

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA  
CPF: 052.602.444-51

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

# PROCURAÇÃO

Outorgante:

Osório José Alves da Silva, brasileiro (a), estado civil, casado  
Profissão Autônomo, residente e domiciliado à Rua POV Vila Israel  
Nº 9422, Bairro Vila Israel, Município de Touros  
Estado de (o) RN, CEP 59584-000  
Portador (a) do RG nº 3.242.163 SSP/ RN e CPF nº 983.339.374-53

Outorgado:

Marcilene de O. Pardo Silva, brasileira (a), estado civil, casada  
Profissão Autônoma, residente e domiciliado à Rua 8 de março  
Nº 9722, Bairro Vila Assis, Município de Touros  
Estado de (o) RN, CEP 59584-000  
Portador (a) do RG nº 002.076.933 SSP/ RN e CPF nº 052.602.444-51

Por este instrumento particular de procuração, o (a) outorgante nomeia e constitui o (a) outorgado seu bastante procurador (a), para o fim especial de requerer junto a qualquer seguradora integrante do Consórcio de Seguro DPVAT, o pagamento do sinistro de cobertura

invalidiz que vitimou em acidente de trânsito o (a) Sr (a) Osório José Alves da Silva ocorrido em 30/08/2020, conforme registrado pelo B.O. anexo ao processo.

Pelo presente instrumento particular de procuração, nomeio e constituo meu bastante e procurador e outorgado acima qualificado, a quem confio poderes especiais para representar-me perante a SEGURADORA LIDER DOS CONSÓRCIOS DO SEGURO DPVAT, a fim de que a outorgado dê entrada em meu pedido de indenização do seguro DPVAT a ser creditada em conta bancária de minha titularidade conforme ficha de Autorização de Pagamento e poderes para acompanhar toda a tramitação do referido processo junto a esta seguradora, podendo para tanto requerer o que necessário for, assinar, subscriver esta, dar quitação e praticar, enfim, todos os atos de direito, permitindo para perfeito cumprimento deste mandato da vítima.



Touros RN 27 de outubro de 2020

Osório José Alves da Silva

CPF nº 983.339.374-53

OFÍCIO ÚNICO DE TOUROS

RECIBO DE AUTENTICIDADE (A) (SIN) OSÓRIO JOSÉ ALVES DA SILVA (983.339.374-53)

Código de Verificação: 983333937453  
Selo Digital: RN202008554140018254CQG  
Touros RN 27 de outubro de 2020 11:37

MARIA JEANNE GONÇALVES DE SOUZA ABreu -  
ESCRITÓRIO PÚBLICO  
Cp Admin Email: 2.kj55@juiz.rn.br

Reconhecer e firmar em cartório por autenticidade veridica

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339472/20

**Vítima:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF:** 983.339.174-53

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/08/2020

**Titular do CPF:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA : 052.602.444-51

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### COSMO JOSE ALVES DA SILVA : 983.339.174-53

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA  
CPF: 052.602.444-51

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS - RN

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00066504/2020

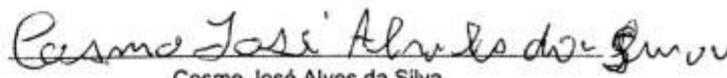
Nome Envolvido	Envolvimentos
Cosme José Alves da Silva	Proprietário, Possuidor

## RELATO/HISTÓRICO

O DECLARANTE COMPARECEU NESTA UNIDADE POLICIAL RELATANDO QUE NA DATA DO FATO SE DESLOCAVA SENTIDO A COMUNIDADE DE SANTA LUZIA, TOUROS/RN; QUE PRÓXIMO À COMUNIDADE ACIMA, UMA PESSOAS, QUE ESTAVA EM UMA CARROÇA, SAIU DE UMA ESTRADA DE TERRA, PERPENDICULAR À PISTA, E SE PÓS NA PISTA; QUE COMO ERA CEDO E AINDA ESTAVA POUCO ESCURO, QUANDO VIU A CARROÇA JÁ ESTAVA EM CIMA; QUE NÃO DEU PARA DESVIAR E TERMINOU COLIDINDO NA LATERAL DA CARROÇA, CAINDO LOGO A FRENTE; QUE FOI SOCORRIDO PELA SAMU PARA O HOSPITAL MONSENHOR WALFREDO GURGEL, NATAL/RN, COM FRATURA ESPOSTA NA PERNA DIRETITA; QUE A CONFECÇÃO DESSE DOCUMENTO TEM COMO FINALIDADE O SEGURO DPVAT. NADA MAIS DISSE.

## ASSINATURAS

  
José de Arimateia Ribeiro  
Agente de Polícia  
Matrícula 1226650  
Responsável pelo Atendimento

  
Cosme José Alves da Silva  
Comunicante, Vítima

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que del origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



GOVERNO DO ESTADO DO RIO GRANDE DO NORTE  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA MUNICIPAL DE TOUROS - RN

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00066504/2020

## DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/10/2020 12:13:29 Data/Hora Fim: 26/10/2020 12:55:44

Delegado de Polícia: Valerio Kurten Baratter

## DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia Municipal de Touros

Data/Hora do Fato: 10/08/2020 04:45 (Hora Aproximada)

**Local do Fato**

Município: Touros (RN)

Bairro: ZONA RURAL

Logradouro: RN QUE DÁ ACESSO A COMUNIDADE DE SANTA LUZIA

Nº: S/N

Ponto de Referência: PRÓXIMO AO LIXÃO

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
20005: ACIDENTE COM LESÕES	Não Houve

## ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: COSME JOSÉ ALVES DA SILVA (COMUNICANTE , VÍTIMA )

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Nasc: 12/12/1974

Idade 45

Profissão: Engenheiro Agrícola

Estado Civil: Casado(a)

Naturalidade: Itambé - PE

Nome da Mãe: Maria José Alves da Silva

Nome do Pai: José Raimundo da Silva

Em Serviço: Não

**Documento(s)**

CPF: 983.339.174-53

**Endereço**

Município: Touros - RN

Logradouro: POVOADO VILA ISRAEL

Nº: 26

Complemento: CASA

CEP: 59.584-000

Bairro: ZONA RURAL

## OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo
Veículo	Motocicleta/Motoneta
Descrição Pistola de cor VERMELHA	CPF/CNPJ do Proprietário 983.339.174-53
Placa MOP3949	Renavam 00865852243
Número do Motor JC30E95038500	Número do Chassi 9C2JD20205R038500
Ano/Modelo Fabricação 2005/2005	Cor VERMELHA
UF Veículo RN	Município Veículo Touros
Marca/Modelo HONDA/NXR125 BROS ES	Veículo Adulterado? Não
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 25/08/2020
Situação do Veículo NADA CONSTA	

## Envolvimentos

Nome Envolvido



Impresso por: Jose de Arimateia Ribeiro

Data de Impressão: 26/10/2020 12:56:01

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos

# RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

## IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0339472/20

**Vítima:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF:** 983.339.174-53

**Seguradora:** ANGELUS SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 10/08/2020

**Titular do CPF:** COSMO JOSE ALVES DA SILVA

**CPF de:** Próprio

## DOCUMENTOS APRESENTADOS

### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
DUT  
Outros

### MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA : 052.602.444-51

Comprovante de residência  
Declaração Circular SUSEP 445/12  
Documentos de identificação  
Procuração

### COSMO JOSE ALVES DA SILVA : 983.339.174-53

Comprovante de residência

## ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 26/11/2020  
Nome: MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA  
CPF: 052.602.444-51

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO SILVA

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 26/11/2020  
Nome: ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA  
CPF: 017.593.304-93

ANDREIA ALEXANDRE DE OLIVEIRA

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02



**COSERN**

**NOTA FISCAL - FATURA - CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
 Rua Mermoz, 150. Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
 CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

IVANILDA RODRIGUES ALVES DA SILVA

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

FV VILA ISRAEL 9422

CPF: 052 588 794-61 NIS: 22023182440

VILA ISRAEL/AREA RURAL  
 TOUROS RN  
 59584-000

**CLASSIFICAÇÃO**

B1 RESIDENCIAL  
 BAIXA RENDA COM NIS  
 Monofasico

CONTA CONTRATO	MES/ANO
7006913304	10/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISTA PRÓXIMA LEITURA
26/10/2020	17/11/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	81,85

Nº DA NOTA FISCAL	TIPO	EMISSÃO
049860036	UNICA	19/10/2020

APRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
19/10/2020	3010839442	1537322

**DEMONSTRATIVO DA NOTA FISCAL**

	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo-TUSD até 30 kWh	30,0000000	0,11208208	3,36
Consumo-TUSD superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,19214071	13,44
Consumo-TUSD superior a 100 até 220 kWh	59,0000000	0,28821107	17,00
Consumo-TE até 30 kWh	30,0000000	0,10997980	3,29
Consumo-TE superior a 30 até 100 kWh	70,0000000	0,18853680	13,19
Consumo-TE superior a 100 até 220 kWh	59,0000000	0,28280521	16,68
Contrib. Ilum. Pública Municipal			7,71
ICMS-Parcela Subvencionada			7,18
<b>TOTAL DA FATURA</b>			<b>81,85</b>

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR DATA	ANTERIOR LEITURA	ATUAL DATA	ATUAL LEITURA	Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CONSUMO (kWh)
2140199861	CAT	17-09-2020	10 367,00	19-10-2020	10 526,00	32	1,00000		159,00

**HISTÓRICO DE CONSUMO**  
 Mês/ano kWh

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
-----------------	---	------------------

**COMPOSIÇÃO DO CONSUMO**

Geração de Energia	R\$	24,63	36,78%
Transmissão	R\$	3,37	5,03%
Distribuição (Cosern)	R\$	18,25	27,26%



**COSERN**

Tarifa Social de Energia Elétrica: Criada pela Lei 10.438, de 26/04/02

**NOTA FISCAL \* FATURA \* CONTA DE ENERGIA ELÉTRICA**

Companhia Energética do Rio Grande do Norte  
Rua Marmoz, 150, Baldo, Natal - RN, CEP 59025-250  
CNPJ 08.324.196/0001-81 | Insc. Est. 20055199-0 | www.cosern.com.br

**DADOS DO CLIENTE**

MARCILENE DE OLIVEIRA CARDOSO

CPF 052.602.444-51

**ENDEREÇO DA UNIDADE CONSUMIDORA**

RUA OITO DE MARÇO 9722

VILA ASSIS CHATEUBRIAND/ÁREA RURAL  
TOUROS RN  
59584-000

**CLASSIFICAÇÃO**  
B1 RESIDENCIAL  
RESIDENCIAL  
Monofásico

CONTA CONTRATO	MÊS/ANO
7004133697	07/2020
DATA DE VENCIMENTO	DATA PREVISÃO DE VENCIMENTO
30/07/2020	24/08/2020
TOTAL A PAGAR (R\$)	
83,71	

Nº DA NOTA FISCAL	SÉRIE	EMIÇÃO
045729814	ÚNICA	23/07/2020
AZ. REPRESENTAÇÃO	Nº DO CLIENTE	Nº DA INSTALAÇÃO
29/07/2020	3010379482	1538770

**DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL**

DESCRIÇÃO DA NOTA FISCAL	QUANTIDADE	PREÇO (R\$)	VALOR (R\$)
Consumo Ativo(kWh)-TUSD	107,0000000	0,35501480	
Consumo Ativo(kWh)-TE	107,0000000	0,31885204	
Contrib. Ilum. Pública Municipal			
Multa por atraso-NF 042708935 - 22/05/20			
Juros por atraso-NF 042708935 - 22/05/20			
Atualização IGPM-NF 042708935 - 22/05/20			
Bônus ITAIPU - art 21 da Lei 10.438/2002			

**TOTAL DA FATURA**

**DEMONSTRATIVO DE CONSUMO DESTA NOTA FISCAL**

Nº DO MEDIDOR	TIPO DA FUNÇÃO	ANTERIOR		ATUAL		Nº DE DIAS	CONSTANTE	AJUSTE	CO
		DATA	LEITURA	DATA	LEITURA				
B704283	CAT	22/06/2020	28.310,00	23/07/2020	28.417,00	31	1,00000		

**HISTÓRICO DE CONSUMO**

Mês/Ano	kWh
JUL 20	107
JUN 20	96
MAI 20	150
ABR 20	135
MAR 20	124
FEV 20	102
JAN 20	126

**INFORMAÇÕES DE TRIBUTOS**

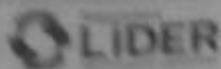
	BASE DE CÁLCULO	%	VALOR DO IMPOSTO
ICMS	72,07	18,00	12,97
PIS	72,07	0,99	0,71
COFINS	72,07	4,54	3,27

**COMPOSIÇÃO DO CO**

Descrição	R\$
Gerção de Energia	R\$
Transmissão	R\$
Distribuição (Cosern)	R\$
Perdas de Energia	R\$
Encargos Setoriais	R\$
Tributos	R\$
Total	R\$

**TARIFAS APLICADAS**

Consumo Ativo(kWh)-TUSD  
Consumo Ativo(kWh)-TE



# DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Seguros Líder S/A - www.seguros lider.com.br - CNPJ 06.908.022/0001-90

Central de Atendimento para consultar valores indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 08h às 20h  
Ligamos e ligamos multiplicações: 0800 1396 / Outros ligamos: 0800 053 12 34

Site para indenizações e pagamentos, 24 horas por dia: 0800 022 93 99 | Site para defeitos, reclamações e de falas: 0800 022 33 06 | Central Chatbot: 0800 022 93 95

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

O presente formulário deve ser preenchido e parte integrante do processo de contratação de seguro, conforme estabelecido a Circular número 445/12, disponível na seguinte link:

[http://www.susep.gov.br/WEBGATEWAY/ENCICLOPEDIA\\_ASPX?TPC=1&CATEGORIA=29636](http://www.susep.gov.br/WEBGATEWAY/ENCICLOPEDIA_ASPX?TPC=1&CATEGORIA=29636)

A Circular SUSEP nº 445/12, que trata da prevenção a lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as seguradoras são obrigadas a estabelecer controles das operações envolvendo os pagamentos de indenizações. Este vedará, além dos documentos de identificação pessoais, informações acerca da profissão e da fonte de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de profissão e renda, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da Súmula Circular, esta recusa é passível de comunicação ao COAF.

SUPLENÇA FUNCIONÁRIA DE SERVIÇOS PREVIDENCIÁRIOS - SUSEP: ÓRGÃO RESPONSÁVEL PELO CONTROLE E FISCALIZAÇÃO DOS MERCADOS DE SEGURO, PREVIDÊNCIA PRIVADA, APOSENTADORIA, CAPITALIZAÇÃO E RESERVAÇÃO; COMISSÃO DE CONTROLE DE ATIVIDADES FINANCEIRAS - COAF, ÓRGÃO INTEGRANTE DA ESTRUTURA DO MINISTÉRIO DA ECONOMIA, TEM POR FINALIDADE FISCALIZAR, RECALCULAR PENAS ADMINISTRATIVAS, RECEBER, EXAMINAR E IDENTIFICAR AS OCORRÊNCIAS SUSPEITAS DE ATIVIDADES ILÍCITAS PREVISTAS NA LEI Nº 9.232/96.

Nome completo, eu Marcilene de O. Ladeira Silva  
inscrito (a) no CPF/CNPJ 052.602.444/51 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário  
Como José Alves da Silva inscrito (a) no CPF sob o nº 983.339.174/53  
do sistema de DPVAT cobertura invalidez da vítima Como José Alves da Silva  
inscrito (a) no CPF sob o nº 983.339.174/53, conforme determinação da Circular Susep 445/12:  
Declaro Profissão: \_\_\_\_\_ Renda: \_\_\_\_\_ e apresento os documentos comprobatórios.

Recusa Informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado. Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço:	Número:	Complemento:
<u>R - 8 de março</u>	<u>9722</u>	<u>casa</u>
Bairro:	Estado:	CEP:
<u>vila Isais</u>	<u>RN</u>	<u>59584-000</u>
E-mail:		Tel. (DDD):
		<u>(84) 994178331</u>

Local e Data: Touros / RN 23-11-2020

Marcilene de Oliveira Ladeira Silva.  
Assinatura do Declarante